



**Doctor's  
Walk-In  
Clinic**

## REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Fecha:

Hora:

# de Cuenta:

### ¿Cómo se enteró de Doctor's Walk-In Clinic?

- 1) Televisión ☐ 2) Radio ☐ 3) Tampa Tribune ☐  
 8) Pasó manejando ☐ 9) Un amigo ☐  
 13) Sitio electrónico ☐ 14) E-mail ☐

- 4) St Pete Times ☐ 5) Correo Directo ☐ 6) Anuncio en la calle ☐ 7) Páginas Amarillas ☐  
 10) Empleador / Compañero de Trabajo ☐ 11) Ómnibus Hartline ☐ 12) Internet ☐  
 15) Periódico escolar ☐ 16) Folleto ☐ 17) Ha estado aquí antes ☐ 18) Other \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE</b>	Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Teléfono del hogar (Código)		
							( )		
	Dirección				# de Apart.		# de celular		
							( )		
	Ciudad		Estado			Código Postal			
	Dirección Postal si es diferente a la anterior								
	Ciudad		Estado			Código Postal			
	Si está de visita en el área de Tampa Bay, escriba teléfono y dirección donde se está hospedando						¿Es su primera visita a la clínica?		
						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento		Sexo M F		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro		# del Seguro Social			
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por contrato				Empleador			Ocupación		
<input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo									
Dirección del Empleador						# de teléfono del trabajo			
						( )			
<b>RAZÓN DE LA VISITA</b>									
<b>SI FUE UN ACCIDENTE</b>									
¿Cuándo ocurrió el accidente? <b>FECHA:</b> _____ <b>HORA:</b> _____				¿Dónde ocurrió accidente? <b>ESTADO:</b> _____					
¿Ocurrió el accidente en su trabajo? Si _____ No _____				Si es afirmativo, ¿le notificó a su empleador? Si _____ No _____					
<b>MÉTODO DE PAGO</b>									
¿Como va a pagar <b>HOY?</b>				<input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> SEGURO DE COMPENSACIÓN LABORAL					
<input type="checkbox"/> CHEQUE (Copia de la licencia de conducir)				<input type="checkbox"/> MEDICARE Se Require Verificación					
<input type="checkbox"/> EFECTIVO				<input type="checkbox"/> NOMBRE HMO: _____ <input type="checkbox"/> SEGURO MÉDICO					
<input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO				<input type="checkbox"/> NOMBRE PPO: _____ INICIALES _____					
<b>INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (ASEGURADA)</b>									
Su relación con el paciente		Nombre		Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal		Teléfono del domicilio (Código del área)			
						( )			
# del Seguro Social		Fecha de nacimiento		Sexo					
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
Empleador		Dirección del empleador		Teléfono del empleador					

### AUTORIZACIÓN Y ACUERDO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

- CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:** Por medico de la presente doy mi autorización y consentimiento para dichos tratamientos y procedimientos; certifico que no hay garantía o seguridad con los resultados obtenidos.
- COMPLICACIONES:** Comprendo que es mi responsabilidad regresar a la clínica o reportarle cualquier cambio en mi condición al médico de la clínica.
- ACUERDO SOBRE EL PAGO DE SERVICIOS:** Por y en consideración del cuidado y el tratamiento proporcionados al paciente, prometo pagarle al DOCTOR'S WALK-IN CLINIC todos los cargos por los servicios al paciente o relacionados con el mismo. La autorización de su compañía de seguro no siempre garantiza el pago. El que firma debajo y/o el paciente serán responsables por todos los cargos, los co-pagos y deductibles. El pago a DOCTOR'S WALK-IN CLINIC se hace cuando reciba la factura.
- AVISO DE PRIVACIDAD:** Reconozco que he recibido el Aviso de Privacidad del DOCTOR'S WALK-IN CLINIC. INICIALES: \_\_\_\_\_

EL SUSCRITO CERTIFICA QUE HA EL/ELLA HA LEIDO ARRIBA Y ES EL PACIENTE, GARANTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE, DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA FIRMAR ESTE CONTRATO Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS.

FECHA: \_\_\_\_\_

**X**

Firma del paciente o representante

Nombre del representante (escriba con letra de molde) Permiso por teléfono para menores otorgado por:

Testigo

Relación del representante

Razón de la firma del representante

Después de su visita al DOCTOR'S WALK-IN CLINIC le pueden llamar por si tienen alguna pregunta o inquietud sobre su visita o para pedirle que used llame a la clinica o regrese para un chequeo.

Por favor un representante(s), puede ser un miembro(s) de su familia que pueda hablar con un empleado del Doctor's Walk-In Clinic, si usted o el Doctor's Walk-In Clinic tienen preguntas sobre su salud y/o información de los cobros.

Nombre del Representante(s) **X**

**X**